CONDUITE A TENIR DEVANT UN GROS REIN

DR. H

GENERALITÉS

- Augmentation du volume du rein se faisant aux dépens du parenchyme rénal, des voies excrétrices, ou des structures entourant le rein (graisse, fascias)
- Doit être considérée comme pathologique et impose un bilan urologique en vue d'un diagnostic étiologique

RAPPEL ANATOMIQUE

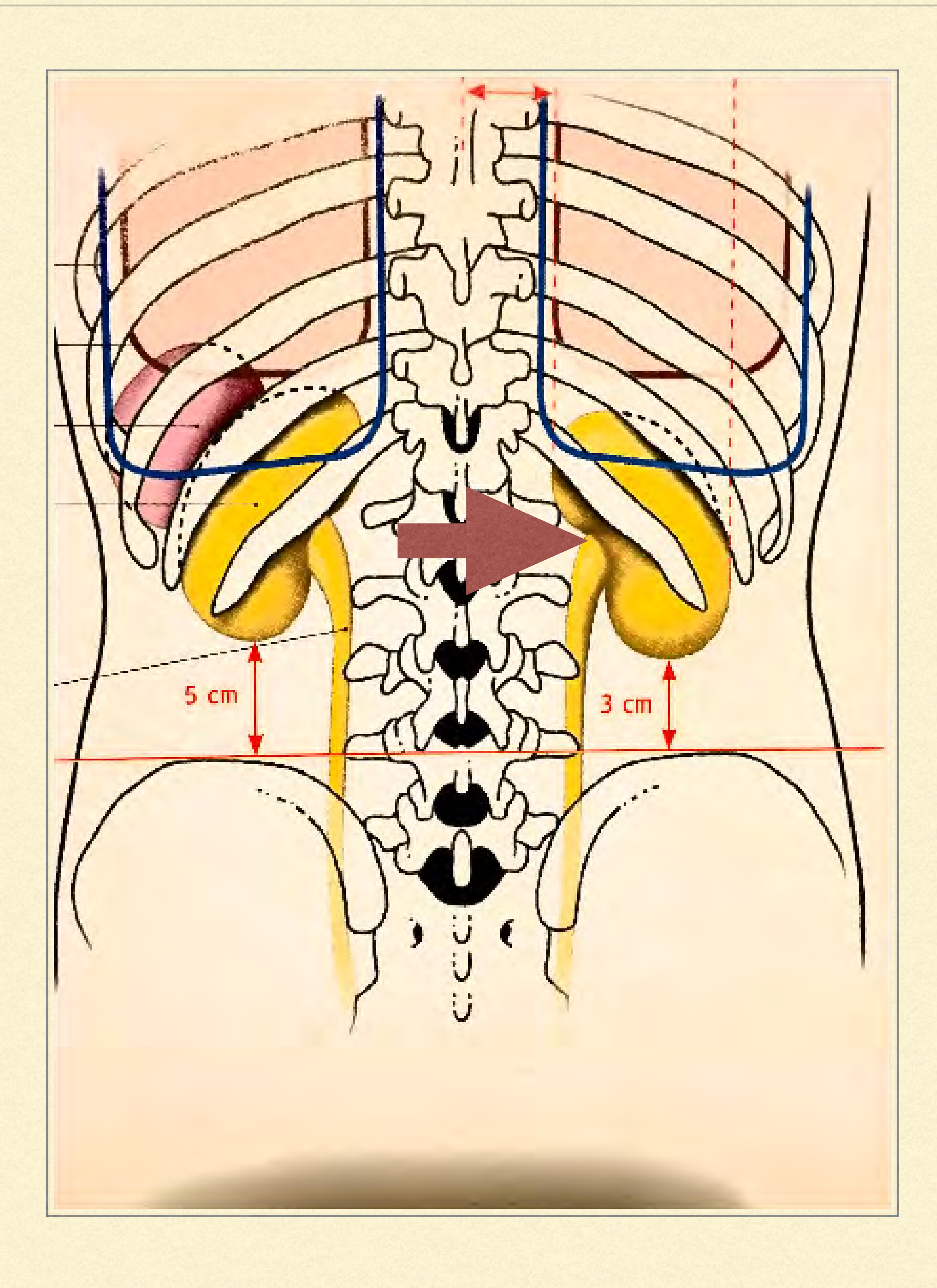
Topographie

-Organes thoraco abdominaux et rétro-péritonéaux

-s’étendent de D12 à L2

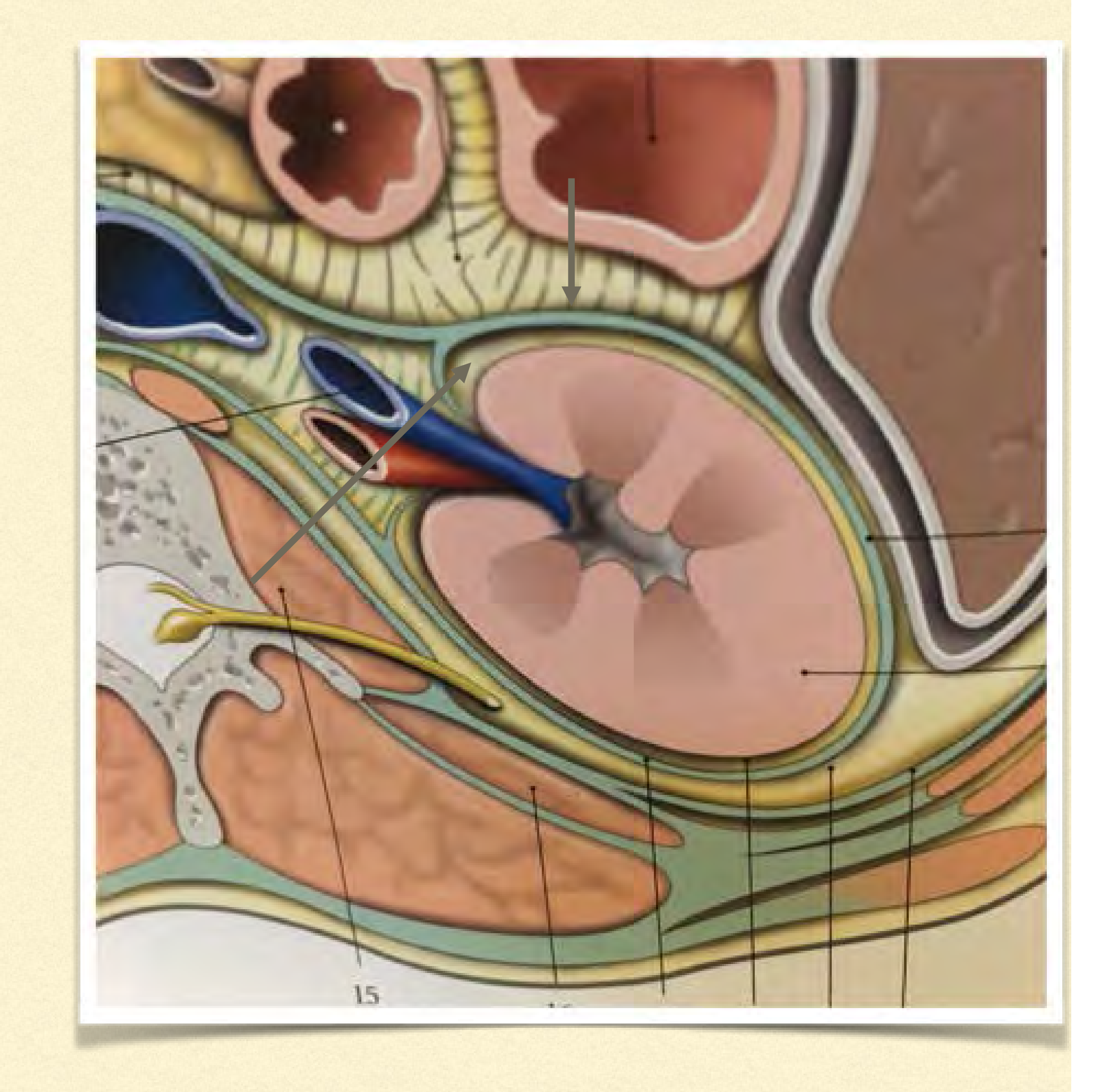
-Rein gauche plus haut que le droit

-voie excretrice et pédicule rénal s’abouchent au niveau du hile rénal



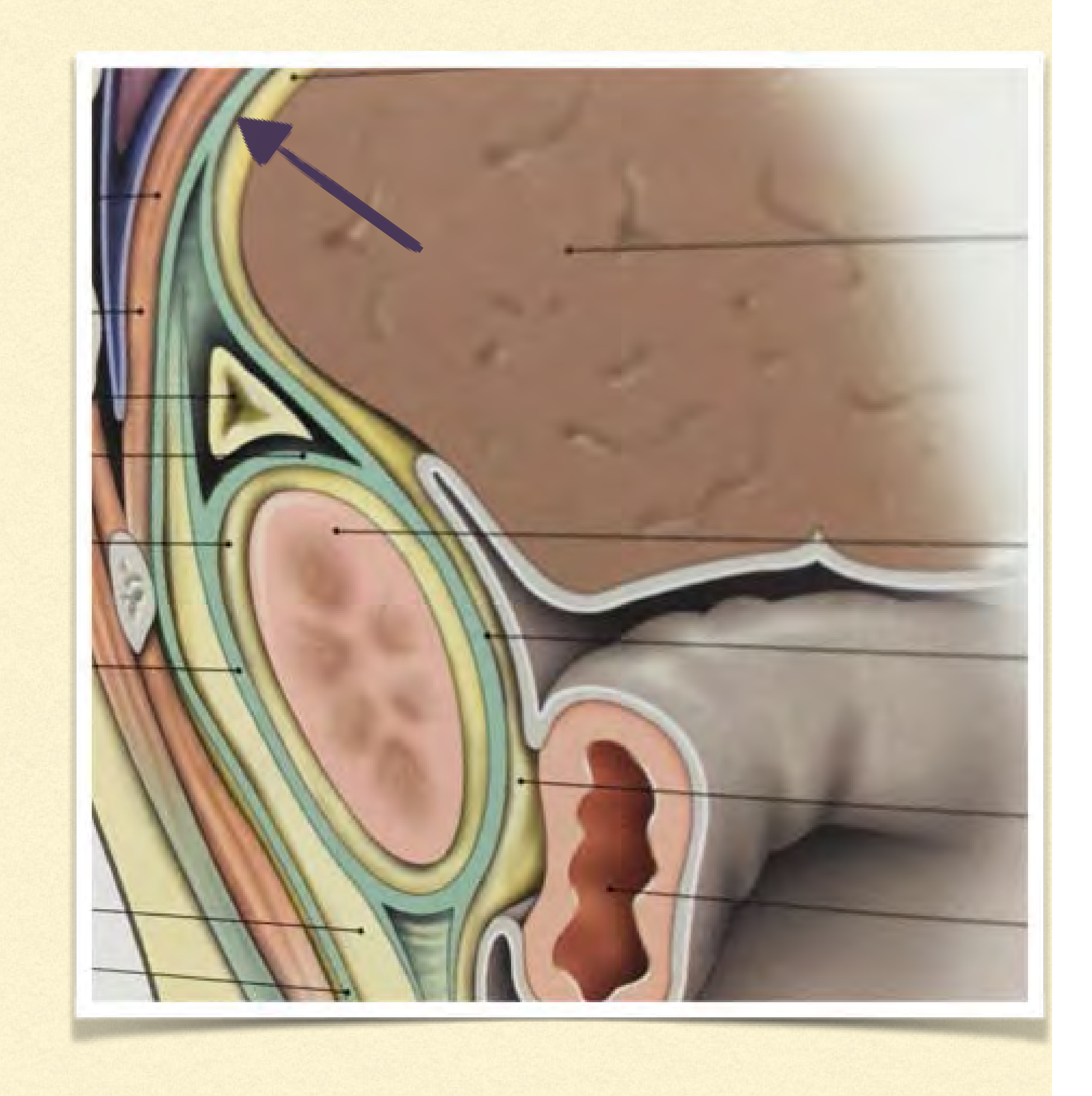
MOYENS DE FIXITÉ (1)

- CAPSULE ADIPEUSE DU REIN: CONTIENT LE REIN
- SA CONDENSATION PÉRIPHERIQUE FORME LE FASCIA RÉNAL
- MÉDIALEMENT LE FASCIA EST CONSTITUÉ DE 2 LAMES QUI SE FIXENT AU HILE ET SE CONTINUENT AVEC LES GAINES VASCULAIRES



MOYENS DE FIXITÉ (11)

- EN HAUT LES DEUX LAMES FUSIONNENT ENTRES ELLES ET LE FASCIA DIAPHRAGMATIQUE
- EN BAS ELLES FUSIONNENT ENTRE ELLES



DIAGNOSTIC

CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE

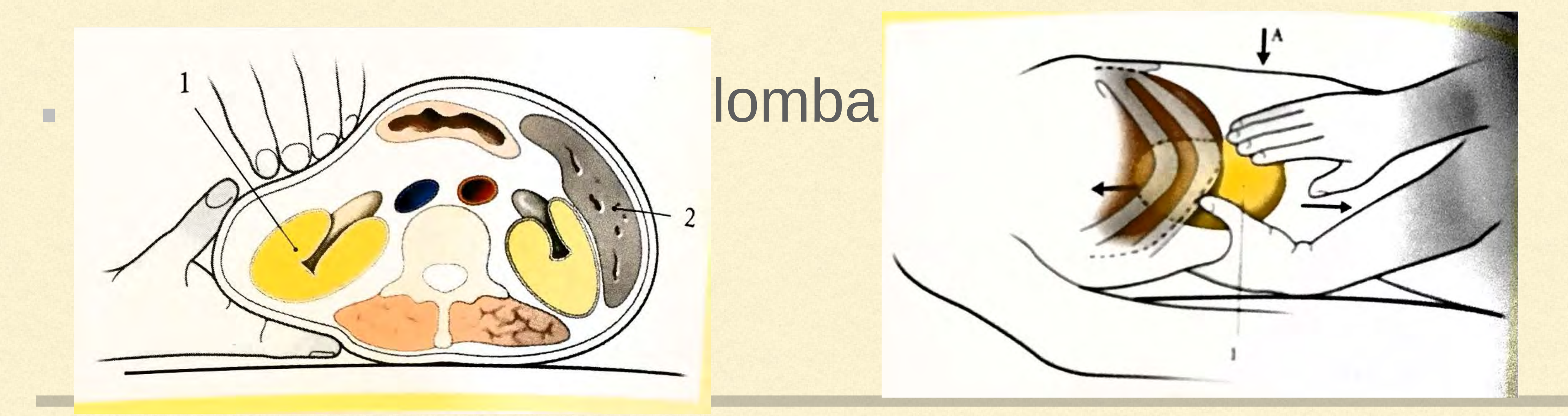
- ELLE EST LE PLUS SOUVENT FORTUITE LORS D'UN EXAMEN CLINIQUE OU RADIOLOGIQUE (ECHO ++++, SCAN, IRM….)

- PARFOIS RÉVÉLÉE PAR DES SYMPTOMES URINAIRES (DOULEURS LOMBAIRES, HÉMATURIE, FIÈVRE, AEG….)



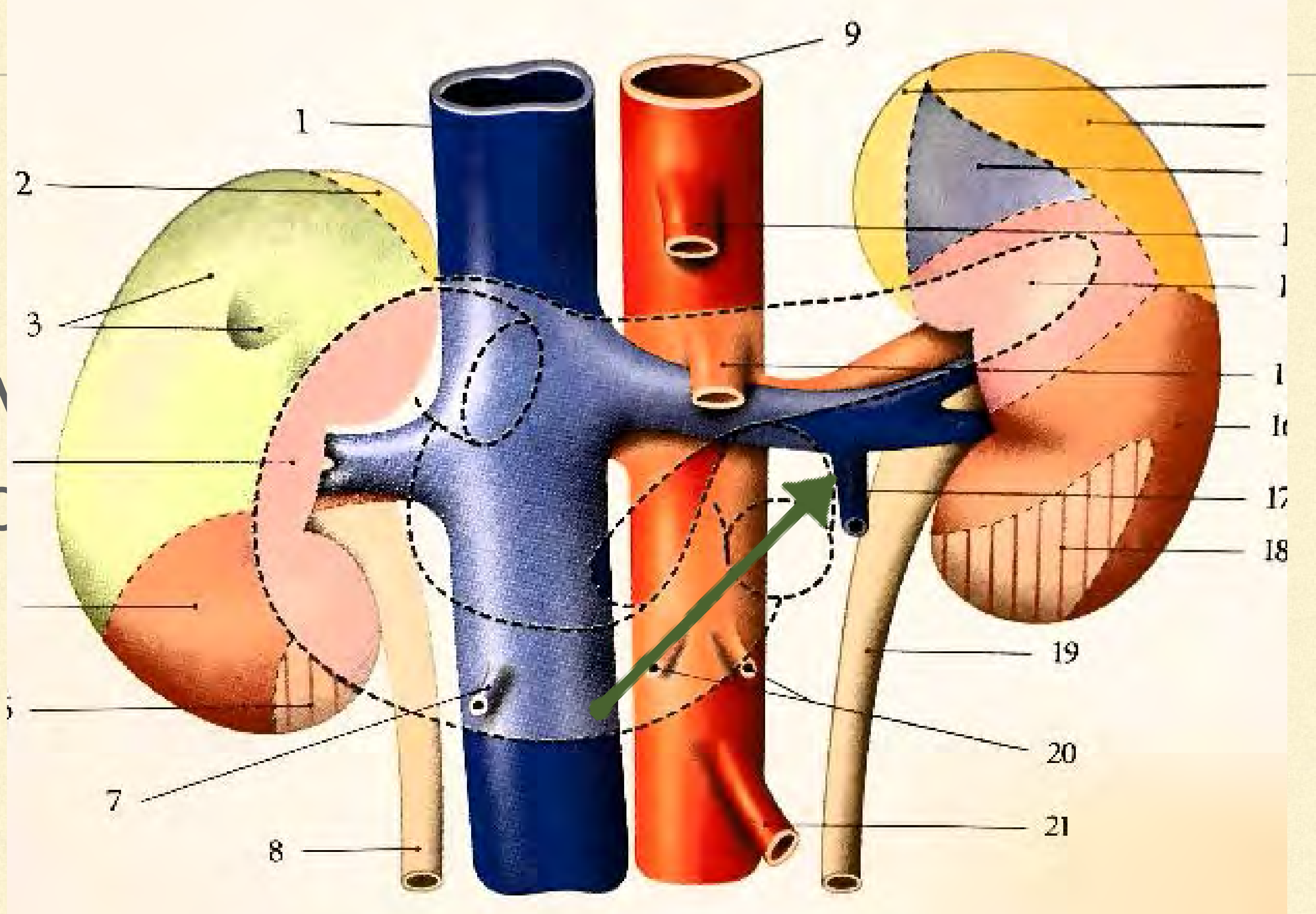
EXAMEN CLINIQUE (1)

- antécédents médico chirurgicaux, signes fonctionnels urinaires
- Patient(e) en décubitus dorsal, cuisses semi fléchies.
- à l’état normal le rein n’est pas palpable
- lomba



EXAM

- Rechercher une V rapport avec un c veineux
- touchers pelvien
- examen somatique complet



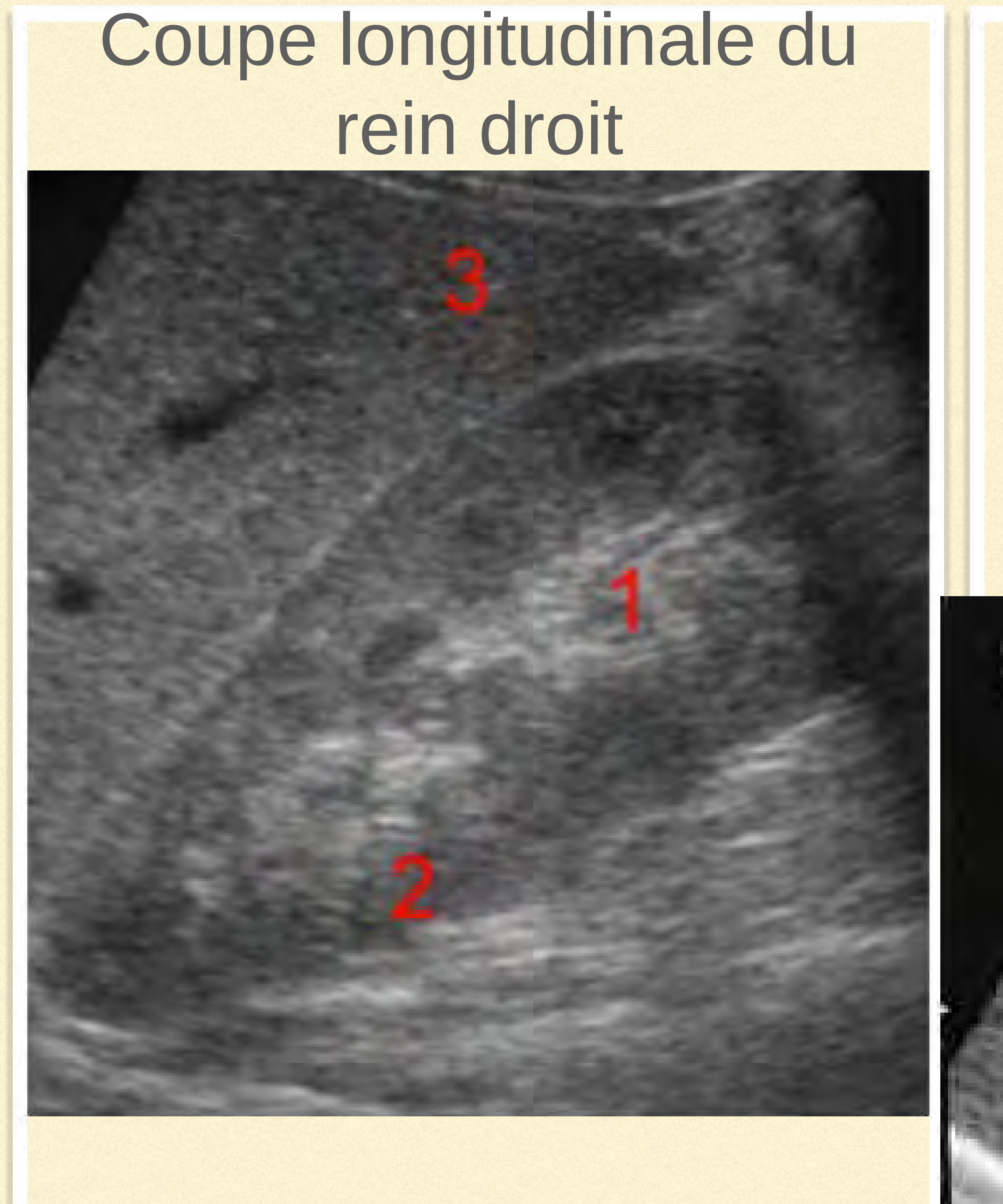
EXAMENS BIOLOGIQUES

- ceux ci-sont orientés par la clinique
- Le plus souvent: FNS, glycémie,Urée, créatinininémie, BU +/- ECBU si contexte infectieux
- autres: ionogramme sanguin,CRP, proteinurie des 24h….

EXAMENS RADIOLOGIQUES ECHOGRAPHIE RÉNALE

- Examen basé sur l’application d’une sonde émettrice d’ultrasons qui reproduit sur un écran l’écho des structures rencontrées
- non invasif, facile à reproduire
- le reins sont explorés sur un axe longitudinal et transversal, l’échographe peut visualiser les reins, les calices le bassinet, et l’uretère proximal
- actuellement le mode révélation le plus fréquent

Coupe longitudinale du rein droit



REIN DRT SAGIT.

droit

UROGRAPHIE INTRA VEINEUSE

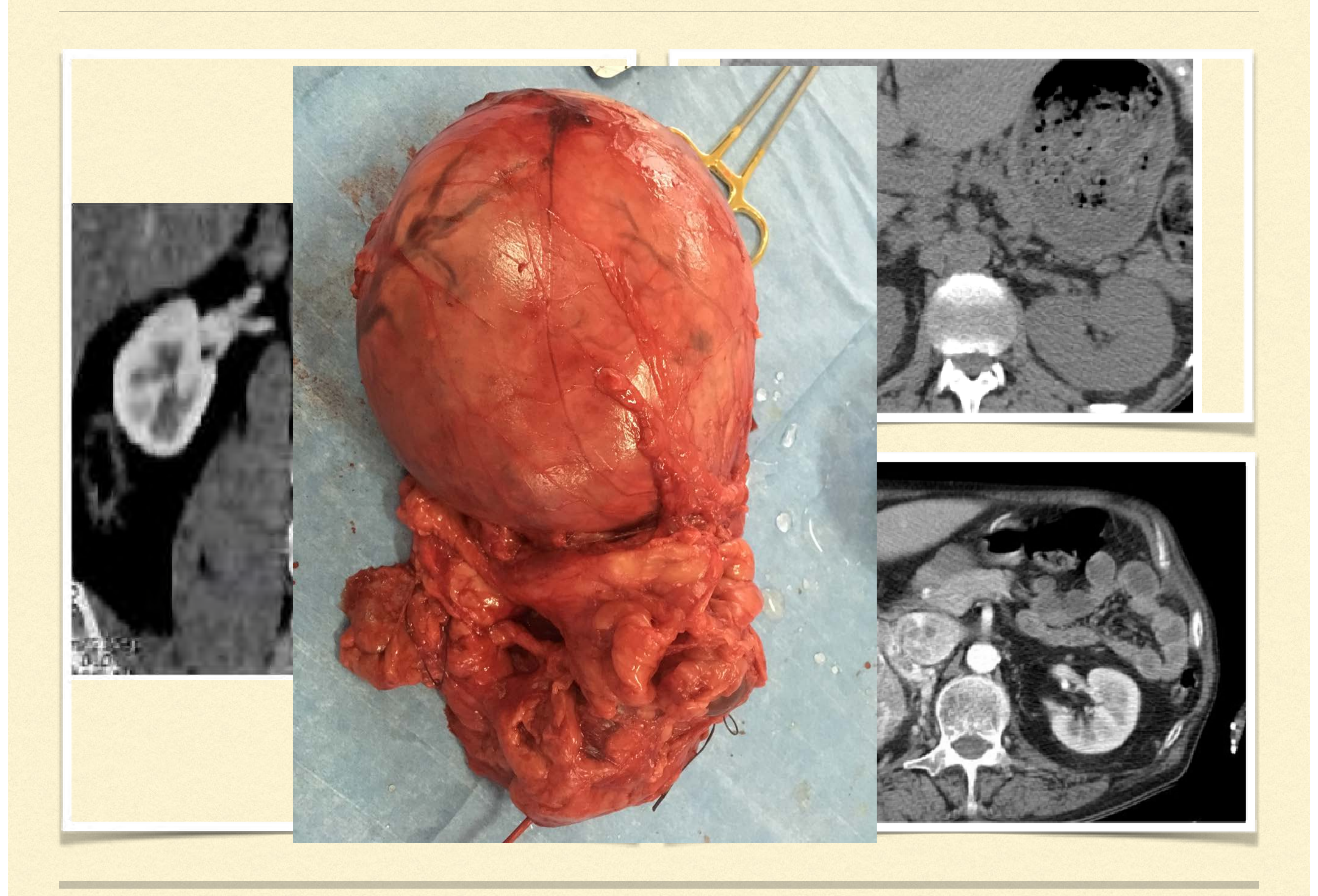
- consiste a prendre des clichés de l’abdomen après injection intra veineuse d’un produit iodé radio opaque excrété par les reins
- l’examen débute par un ASP
- puis après injection, on prend des clichés successifs à 30 secondes, 1 minute, 2 minutes, 5 , 10 , 15 jusqu’à opacification de l’arbre urinaire (parfois clichés tardifs), le dernier cliché est celui du cystogramme

- A l’ASP: on recherche une accentuation de l’ombre rénale, une image de tonalité calcique évoquant une lithiase, exceptionnellement un rein mastic

- Aux clichés d’UIV: Le syndrome tumoral avec déformation, étirement et refoulement des cavités pyelocalicielles.
  - Une dilatation des voies excrétrices supérieures témoin d'une obstruction aigue ou chronique, avec souvent un retard de sécrétion.
  - L'uretère peut être dilaté en amont de l'obstacle, refoulé ou non visible.
  - Au maximum, le rein est muet sur le cliché tardif de 24 heures.
  - L'UIV permet également d'apprécier l'état du rein controlatéral et du bas appareil urinaire

UROSCANNER

- Il s'agit d'un scanner abdomino pelvien avec injection de produit de contraste, il supplante avantageusement l'UIV
- réalise des coupes anatomiques axiales et milimétriques des reins et des voies excrétrices, et permet des clichés de reconstruction
- Il trouve l'origine du gros rein dans la plupart des cas



DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

GROS REIN PAR AUGMENTATION DU VOLUME PARENCHYMATEUX

TUMEURS SOLIDES DU REIN

- le plus souvent de diagnostic échographique fortuit
- rarement symptomatiques aux stades précoces
- L'uroscanner permet de retenir le diagnostic, de présumer de sa leur anatomopathologique, et de faire le bilan d'extension
- traitement chirurgical néphrectomie totale élargie

TUMEURS KYSTIQUES DU REIN

- diagnostic échographique
- peuvent être bénignes ou malignes
- interêt de l’uroscanner dans le kystes suspects de malignité
- diagnostic differentiel: kyste hydatique du rein (surtout type IV de Gharbi)

Kyste Bénin

Kyste Malin

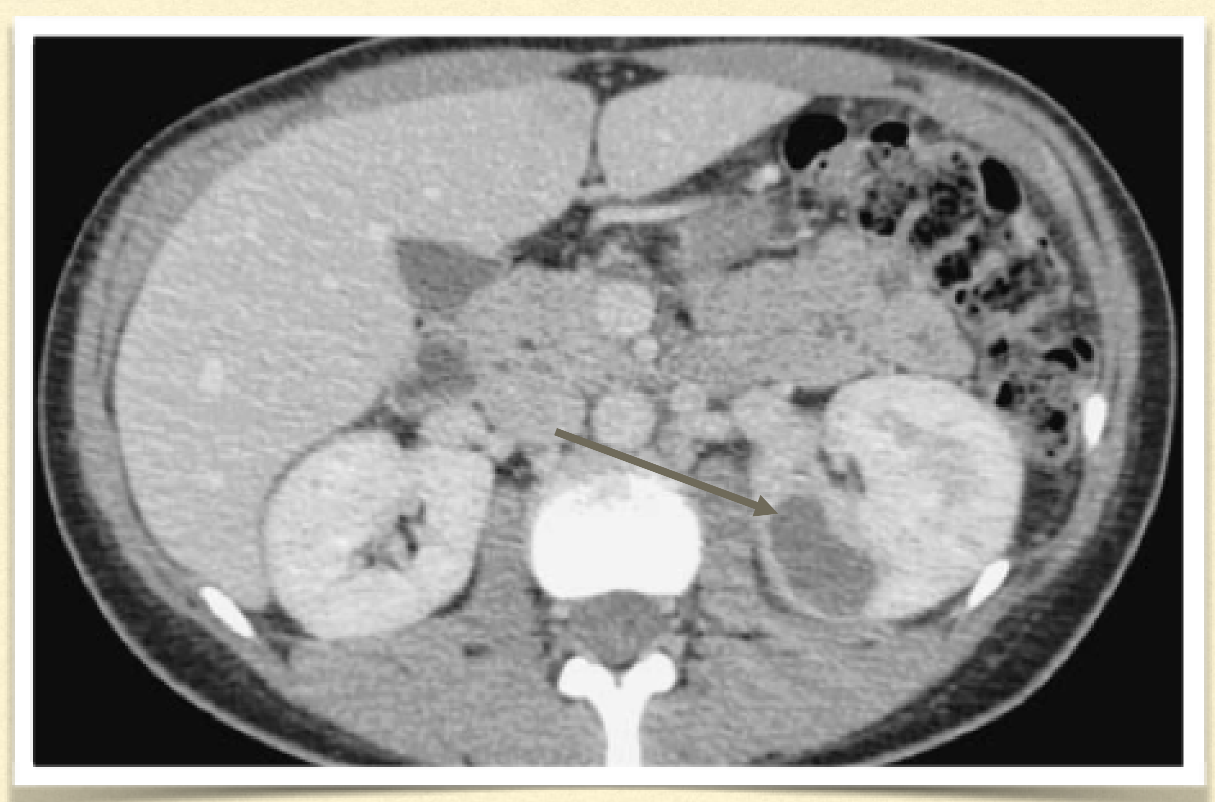




PYELONEPHRITE

- contexte évocateur (fièvre, infection urinaire)
- L’uroscanner est l’examen de choix: permet de poser le diagnostic,de rechercher une étiologie(obstruction++++) apprécier le gravité (simple pyelonephrite, phlegmon perinephretique, abcès parenchymateux)
- traitement par antibiothérapie parentérale et drainage de la voie excrétrice en urgence en cas d’obstruction





GROS REIN PAR AUGMENTATION DU VOLUME DE LA VOIE EXCRÉTRICE

- clinique: coliques néphrétiques ou simples douleurs lombaires
- écho: dilatation pyelo calicielle, obstacle(lithiase), retentissement sur le parenchyme rénal pouvant aller de l'amincissement à une atrophie totale avec rein réduit à une poche
- UIV ou Uroscan: apprécient le retentissement, recherchent la nature et le siège de l'obstacle
- étiologies: Maladie de jonction pyélo urétérale, reflux vesico-urétéral, lithiase obstructive, méga uretère, tuberculose urogénitale

CONCLUSION

- La découverte d’un gros rein doit amener le médecin à faire un examen clinique et demander des examens morphologiques afin d’obtenir un diagnostic précis menant au traitement adéquat.